



GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
Departamento de Educación Especial
Programa de Intervención Temprana de DC

FORMULARIO DE REFERENCIA PARA EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA PARTE C

Favor de llenar este formulario:

| INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO | | | |
|--|------------|-------------------|--|
| Nombre Legal del Niño (Apellido, Nombre, Segundo Nombre, (<i>Opcional –Apodo</i>)) | | | Fecha de Nacimiento |
| Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No determinado <input type="checkbox"/> | Etnia/Raza | Nombre del Seguro | Número del Seguro |
| Nombre del Padre(s) o del Tutor Legal | | | Número de Teléfono |
| Dirección del Padre(s) o del Tutor Legal | | | Vecindario |
| Idioma Principal Hablado por el Padre(s) o por el Tutor Legal <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |
| Padre(s) de Crianza (si se aplica) | | | Número de Teléfono |
| Dirección del Padre(s) de Crianza (si se aplica) | | | Condado/Vecindario |
| ¿Cuánto tiempo ha vivido el niño en esta residencia? | | | ¿Sustituto/Defensor/Tutor <i>ad Litum</i> ? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| Si es Sustituto/Defensor/Tutor, indique el nombre: | | | Número de Teléfono |
| Nombre del Trabajador Social de la Agencia de Servicios para Niños y Familia | | | Número de Teléfono |

| INFORMACIÓN DE LA REFERENCIA | |
|---|--|
| Nombre de la Persona que lo Refirió | Agencia/Departamento |
| Número de Teléfono | Fax |
| ¿Es usted un Médico/a o Profesional de la Salud? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Especialidad: _____ | ¿Ha completado la prueba de desarrollo del niño? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Herramientas Utilizadas: _____ |

- A) Los resultados del Examen o Evaluación reciente de este niño demuestran la necesidad de recibir los servicios, o este niño está recibiendo actualmente servicios por una condición diagnosticada. Describir: _____
- B) A este niño se le ha diagnosticado una condición(es) física o mental que se sabe que tiene una alta probabilidad de causar un atraso importante en su desarrollo (aún si los atrasos no son evidentes en estos momentos). Describir: _____
- C) Existe preocupación por los posibles atrasos en el desarrollo en las siguientes áreas: _____

Firma: _____
Persona de Referencia

Fecha: _____

DEVUELVA EL FORMULARIO A:

810 First Street, NE, 5th Floor, Washington, DC 20002
Teléfono: Oficina (202) 727-3665 ♦ Fax: (202) 724-7230 ♦ www.osse.dc.gov

*Actualizado:
Julio 2009*



**EVALUACIÓN DE LA PARTE C
 CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN**

Me han explicado que debido al nacimiento prematuro de mi hijo, complicaciones durante el nacimiento, y/o motivos de preocupación relacionados con su desarrollo, mi hijo y mi familia pueden ser elegibles para recibir servicios especiales diseñados para ayudar a mi hijo a cumplir con sus etapas de desarrollo.

Por la presente autorizo a _____

A divulgar la siguiente información a la _____

(fuente de referencia)

División de Infantes y Niños Pequeños con Discapacidades con el propósito de establecer la elegibilidad de mi hijo para los servicios de intervención temprana.

Marque todos los ítems aplicables:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Información sobre la Referencia | <input type="checkbox"/> Evaluaciones de Fisioterapia | <input type="checkbox"/> Resultados de la Prueba de Desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Resumen de Admisión | <input type="checkbox"/> Evaluaciones de Terapia Ocupacional | <input type="checkbox"/> Resultados de la Prueba/Examen de Audición |
| <input type="checkbox"/> Resumen del Alta | <input type="checkbox"/> Evaluaciones de Terapia del Habla | <input type="checkbox"/> Resultados de la Prueba/Examen de la Vista |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Por favor, antes de firmar lea y marque todos los casilleros para indicar que comprende sus derechos. Si tiene preguntas sobre sus derechos, por favor llame a la División de Infantes y Niños Pequeños con Discapacidades al (202) 727-3665.

- Entiendo que el hecho de firmar esta autorización no es una condición para recibir tratamiento médico o servicios de intervención temprana futuros.
- Entiendo que puedo revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento notificando al Programa de Intervención Temprana de DC por escrito, y que cualquier información compartida antes de revocar esta autorización no estará afectada por la revocación.
- Entiendo que antes de que se provean servicios específicos para mi hijo, también tengo derecho a autorizar o rechazar esos servicios.
- Entiendo que una vez divulgada, mi información puede ser compartida y puede que ya no continúe estando protegida en virtud de la Ley de Portabilidad y Asignación de Responsabilidades del Seguro Médico (HIPAA), pero que no será divulgada nuevamente por la División de Infantes y Niños Pequeños con Discapacidades de conformidad con la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de las Familias (FERPA). Para más información, consulte 45 CFR (Código de Regulaciones Federales) 164.508 para HIPAA y 34 CFR parte 99 para FERPA.
- Entiendo que este consentimiento se vencerá en un (1) año y que será necesario completar otro formulario de consentimiento si decido continuar con la División de Infantes y Niños Pequeños con Discapacidades.

Firma : _____
 (Padre/Tutor Legal)

Fecha: _____

DEVUELVA EL FORMULARIO A:

810 First Street, NE, 5th Floor, Washington, DC 20002
 Teléfono: Oficina (202) 727-3665 ♦ Fax: (202) 724-7230 ♦ www.osse.dc.gov

*Actualizado:
 Julio 2009*

GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA

Departamento de Educación Especial
Programa de Intervención Temprana de DC

INSTRUCCIONES**PASO 1 – INGRESE LA INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO**

| | |
|------------|--|
| FILA 1 | INGRESE EL APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE Y FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO |
| FILA 2 | INGRESE EL SEXO, ETNIA, PROVEEDOR DE SEGURO Y NÚMERO DE SEGURO (ID. DE MIEMBRO) DEL NIÑO |
| FILA 3 | INGRESE EL NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL TUTOR LEGAL |
| FILA 4 | INGRESE LA DIRECCIÓN Y SECTOR ELECTORAL DEL TUTOR LEGAL |
| FILA 5 | MARQUE EL IDIOMA MATERNO DEL NIÑO, <i>SI ES OTRO, INDIQUE EL IDIOMA CORRESPONDIENTE</i> |
| FILAS 6-10 | COMPLETE SI CFSA O LOS TRIBUNALES TIENEN INTERVENCIÓN EN EL CASO DEL NIÑO <i>Ad Litum = ASIGNADO POR LOS TRIBUNALES</i> |

PASO 2 – INGRESE LA INFORMACIÓN SOBRE LA REFERENCIA

| | |
|--------|--|
| FILA 1 | ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA QUE EFECTÚA LA REFERENCIA, INCLUYENDO LA AGENCIA/DEPARTAMENTO |
| FILA 2 | INGRESE SU NÚMERO DE TELÉFONO Y EXTENSIÓN SI ES APLICABLE, Y EL NÚMERO DE FAX |
| FILA 3 | ¿ES USTED UN MÉDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD? SI LO ES, MARQUE “SÍ” Y ESCRIBA SU ESPECIALIDAD SI NO LO ES, MARQUE “NO” ¿SE LE HA HECHO UNA PRUEBA DE DESARROLLO AL NIÑO? SI SE HA HECHO, MARQUE “SÍ” Y ESCRIBA LAS HERRAMIENTAS UTILIZADAS. ADJUNTE EL DOCUMENTO DE LA PRUEBA SI NO SE HA HECHO, MARQUE “NO” |
| FILA 4 | MARQUE Y COMPLETE LAS OPCIONES APLICABLES. FIRME CON SU NOMBRE Y FECHÉ ESTA REFERENCIA CON LA FECHA DE HOY. |

PÁGINA 2 – CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

**** ESTA PÁGINA DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE ANTES DE LA REFERENCIA ****

EL PADRE LO AUTORIZARÁ A USTED COMO FUENTE DE REFERENCIA PARA DIVULGAR CUALQUIERA DE LOS DOCUMENTOS ENUMERADOS AL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA PARTE C DE DC (ITDD). POR FAVOR, ADJUNTE TODOS LOS DOCUMENTOS MARCADOS.

EL PADRE MARCARÁ LAS CASILLAS CORRESPONDIENTES PARA INDICAR QUE COMPRENDE LA DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS MENCIONADOS.

EL PADRE/TUTOR LEGAL FIRMARÁ Y FECHARÁ EL FORMULARIO. EL TESTIGO (FUENTE DE REFERENCIA) FIRMARÁ Y FECHARÁ EL FORMULARIO.

LA FUENTE DE REFERENCIA DEBE ENTREGARLE AL PADRE UNA COPIA DE LA REFERENCIA.

DEVUELVA EL FORMULARIO A:

810 First Street, NE, 5th Floor, Washington, DC 20002
Teléfono: Oficina (202) 727-3665 ♦ Fax: (202) 724-7230 ♦ www.osse.dc.gov

Actualizado:
Julio 2009